



Trudności diagnostyczne u pacjenta z dysmorfofobią – opis przypadku

Diagnostic difficulties in a case of dysmorphophobia – a case report

ALDONA AUGUSTYNIUK, BEATA TRĘDZBOR, KRZYSZTOF KUCIA, TOMASZ MĘDRALA,
ROBERT KOWALCZYK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie przypadku zaburzeń dysmorficznych ze zwróceniem uwagi na możliwość błędnego rozpoznania i związane z tym niepowodzenia terapeutyczne.

Przypadek. W trakcie obserwacji klinicznej 28-letniego pacjenta skierowanego z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej wykluczono proces psychotyczny i zwrócono uwagę na dysmorficzny charakter zaburzeń. Mężczyzna od 24 roku życia wycofał się z relacji społecznych, zaprzestał pracy, czas spędzał na rozmyślaniach na temat swojego wyglądu, pojawiły się u niego zaburzenia myślenia o charakterze urojeń. Dotychczasowe leczenie nie spowodowało remisji objawów.

Komentarz. Wystąpienie zaburzeń obrazu własnego ciała, także jeśli przybierają formę urojeń, powinno wzbudzić czujność diagnostyczną. Dowody kliniczne i wyniki badań przemawiają za stosowaniem selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) jako leków pierwszego wyboru w farmakoterapii zaburzeń dysmorficznych (body dysmorphic disorder, BDD). W leczeniu BDD, również w postaci urojeniowej, korzyści ze stosowania neuroleptyków pozostają niejasne.

SUMMARY

Objective. A case is presented of body dysmorphic disorder, and a possibility is highlighted of a faulty diagnosis leading to therapeutic failure.

Case. In the course of clinical observation of a 28-year-old patient referred with a tentative diagnosis of paranoid schizophrenia, psychotic process was excluded and attention was drawn to the dysmorphic nature of his disorder. Since the age of 24 he had withdrawn from social relations, quit his job and used to spend time pondering on his appearance. He developed thinking disorders of delusional type. No symptom amelioration has been attained in pharmacotherapy provided so far.

Commentary. The onset of body dysmorphic disorder, even in a delusional form, should alert clinicians. Clinical evidence and research findings suggest that in cases of body dysmorphic disorder (BDD) selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) should be administered as the medication of choice. In the treatment of BDD any beneficial effects of neuroleptics remain uncertain.

Słowa kluczowe: zaburzenie dysmorficzne / schizofrenia / opis przypadku

Key words: body dysmorphic disorder / schizophrenia / case report

W 1886 r. Morselli wprowadził termin dysmorfofobia rozumiejąc przez to „subiektywne postrzeganie swego ciała jako brzydkiego, odrażającego, mającego defekt fizyczny, o którym dana osoba myśli, że jest on również zauważony przez inne osoby” [1]. Odtąd zaburzenie dysmorficzne definiowano jako objaw lub grupę objawów spełniających kryteria urojenia, występujących przede wszystkim w niektórych postaciach psychoz urojeniowych (*paranoia hypochondriaca*, schizofrenia paranoidalna). Taki pogląd w pierwszej połowie XX wieku został potwierdzony przez Kurta Schneidera, co wywarło wpływ na psychiatrię europejską [2]. W polskim podręczniku psychiatrii z 1987 r. termin dysmorfofobia znajdujemy w rozdziale poświęconym zespołom paranoicznym [3]. W tym samym roku do klasyfikacji DSM-III R wprowadzono oddzielne pojęcie „dysmorficzne zaburzenia ciała” (*body dysmorphic disorder*, BDD) jednak termin nie przyjął się w Polsce. Jest to powodem różnic w usytuowaniu tego zaburzenia w dotychczasowych klasyfikacjach psychiatrycznych. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia obrazu ciała zakwalifikowano do zabu-

rzeń występujących pod postacią somatyczną, typ hipochondrii (F 45.2) lub mogą być ujmowane jako zaburzenia urojeniowe, typ somatyczny (F 22), jeśli mają charakter psychotyczny. Natomiast w DSM-IV zaburzenia dysmorficzne są wymieniane jako oddzielna kategoria [4, 5]. Z obserwacji wynika, że u jednego pacjenta postać niepsychotyczna może występować naprzemiennie z psychotyczną. Bywa to źródłem pomyłek diagnostycznych, bowiem w tych przypadkach rozpoznaje się niekiedy schizofrenię. Różnicowanie zaburzeń jest bardzo trudne, zwłaszcza gdy w przebiegu BDD z powodu nasilenia obsesji i kompulsji związanych z prawdziwym czy też wymagowanym defektem oraz lękiem przed kompromitacją, dochodzi do wycofania z relacji społecznych oraz znaczącego obniżenia zainteresowań i aktywności [6].

BDD bywa również niewłaściwie rozpoznawane z kilku innych powodów. Wielu pacjentów jest zbyt zawstydzonych objawami, aby ujawnić je lekarzowi. Dlatego ważne jest by zwracać szczególną uwagę na czynniki sugerujące występowanie BDD. Zaburzenie dysmorficzne może być

błędnie rozpoznawane także jako depresja, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, fobia społeczna, agorafobia oraz trichotillomania. Pacjenci z BDD zgłaszają się często do dermatologów, chirurgów plastycznych, stomatologów, z desperacją poszukując kosmetycznych rozwiązań problemów, które mają źródło w ich psychice. Wynikające z błędnego rozpoznania leczenie może nie być ukierunkowane na objawy BDD, a metody leczenia niepsychiatrycznego okazują się nieskuteczne. Pacjenci z tym zaburzeniem niezwykle często przeżywają myśli samobójcze i podejmują próby samobójcze. Odpowiednie leczenie psychiatryczne często okazuje się skuteczne i może nawet być czynnikiem ratującym życie [1].

Autorzy pracy zainteresowali się młodym mężczyzną skierowanym z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, u którego niektóre objawy wskazywały na dysmorficzny charakter zaburzeń.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 28-letni, z wykształceniem średnim, zgłosił się do kliniki z powodu nasilonego niepokoju i poczucia zmiany własnego ciała. W trakcie przyjęcia ustalono, że był prawidłowo zorientowany, w logicznym kontakcie, w obniżonym nastroju, wyrównanym napięciu psychoruchowym, nie potwierdzał zaburzeń spostrzegania, wypowiadał urojenia o treści dysmorfobicznej.

Pacjent jest drugim spośród trojga braci i wychowywał się w pełnej rodzinie. Rozwój wczesnodziecięcy przebiegał bez zaburzeń, uczęszczał do przedszkola, a potem bez trudności ukończył szkołę podstawową. Rozpoczął naukę w szkole zawodowej o profilu fotograficznym, następnie podjął pracę jako drukarz i zaocznie ukończył liceum ogólnokształcące. Miał wielu kolegów a rodzice nie potwierdzają problemów w relacjach społecznych w tym okresie. Trudności zaczęły się w wieku 24 lat, kiedy bracia wyjechali na stałe za granicę. Z relacji ojca wynika, że z powodu trudności w relacjach interpersonalnych pacjent w ciągu roku trzykrotnie zmieniał pracę. Wielokrotnie w sposób niezwykle drobiazgowy wykonywał codzienne czynności, co przybierało charakter kompulsyjny. Rozpoczął używanie marihuany, grzybów halucynogennych, substancji lotnych, sporadycznie amfetaminy i LSD. Z powodu wady wzroku zaczął stosować szkła kontaktowe, jednak ze względu na uczulenie był zmuszony nosić okulary. Pojawiły się wówczas obawy, że okulary bardzo go szpecą, zamartwiał się tym faktem. Rozpoczął leczenie w oddziale psychiatrycznym dziennym, gdzie rozpoznano zaburzenia depresyjno-lękowe i uzyskano remisję objawów. Dwa lata później mężczyzna korzystał z leczenia stomatologicznego. Lekarz przygotował dla niego koronę na ząb i po próbnym założeniu, z którego pacjent był zadowolony, chciał dobrać odpowiedni kolor korony, zmieniając go za pomocą podwyższonej temperatury. W odczuciu pacjenta zniekształciło to koronę i było powodem spostrzegania siebie jako brzydkiego, przynębienia swoim wyglądem, ciągłego sprawdzania defektu w lustrze, prób maskowania, wreszcie niechęci do przebywania wśród ludzi, zaprzestania pracy i niewychodzenia z domu. Pojawiły się nasilone myśli samobójcze, zamierzał powiesić się w lesie, przygotował się do tego, ale dotarwszy na miejsce zaniechał samobójstwa. Następnie

przez cztery miesiące przebywał w zamkniętym oddziale psychiatrycznym. Rozpoznano schizofrenię paranoidalną, jednak w trakcie leczenia olanzapiną, risperidonem, sertralina nie uzyskano poprawy. Pacjent został skierowany do kliniki psychiatrii.

Na oddziale zdecydowano o odstawieniu leków i przeprowadzono diagnostykę psychiatryczną, psychologiczną i neuroobrazową. Zaprzestanie psychofarmakoterapii nie spowodowało nasilenia objawów. Przeprowadzone badania MR głowy i EEG nie wykazały odchyień od normy. Badanie MMPI-2 wskazało na perfekcjonizm w codziennym funkcjonowaniu, sztywność w myśleniu i rozwiązywaniu problemów, tendencje do nadmiernego zamartwiania się i podatność na realne lub wyimaginowane zagrożenia, wyraźne problemy z samooceną, przechodzenie od wielkościowości do kompletnej negacji siebie.

Pacjent nie nawiązywał kontaktów z innymi, w rozmowie z lekarzem zgłaszał zastrzeżenia do swojego wyglądu. Był przygnębiony, zatroskany, pochłonięty przeglądaniem się w lusterku, przeświadczony, że ludzie mogą się z niego wysmiewać, spędzał czas w łóżku chowając się pod kołdrę. Nie przyjmował żadnych tłumaczeń, że jego spostrzeżenia i przekonania nie są adekwatne do rzeczywistości, wyrażał wątpliwości co do skuteczności leczenia psychiatrycznego. Zdecydowano o wprowadzeniu fluwoksaminy, stopniowo dochodząc do dawki 300 mg/die, a następnie z powodu wystąpienia objawów niepożądanych (nudności) zmniejszono ją do 200 mg/die. W czwartym tygodniu przekonania pacjenta przestały przybierać formę urojeń, wyraźnie zmniejszyło się uczucie napięcia i przymusu sprawdzania swojego wyglądu. Poprawił się nastrój, zaczął rozmawiać z innymi pacjentami. Przyznał, że nie zamierza wykonywać kolejnych zabiegów stomatologicznych, gdyż nie jest przekonany, że mogłyby mu pomóc. Wyraził chęć kontynuacji psychoterapii po wypisie z kliniki, umówił wizytę kwalifikacyjną. Przeprowadzona diagnostyka pozwoliła rozpoznać zaburzenia dysmorficzne i wykluczyć proces psychotyczny.

KOMENTARZ

Zgodnie z kryteriami ICD-10 zaburzenia dysmorficzne jest rozpoznawane, gdy występuje utrwalone koncentrowanie się na domniemanej zmianie postaci lub kształtu ciała, co powoduje utrwalone cierpienie i zakłóca codzienne funkcjonowanie. Skłania to pacjenta do poszukiwania leczenia oraz powoduje uporczywe odrzucanie zapewnień lekarskich o nieobecności zgłaszanych objawów. Przesłankami wykluczenia jest występowanie tych objawów wyłącznie podczas którejś z postaci zaburzeń schizofrenicznych lub pokrewnych (F 20-F 29) lub podczas któregośkolwiek z zaburzeń afektywnych (F 30-39) [4].

Zaburzenie dysmorficzne często współwystępuje z dużą depresją (chorobowość w ciągu życia – 76%), zespołem lęku społecznego (37%) i zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (32%) [1]. BDD może przyczyniać się do nadużywania substancji psychoaktywnych lub zapoczątkować anoreksję.

Dodatkową trudnością w różnicowaniu może być występujący niekiedy u pacjentów z BDD urojeniowy charakter przekonań dotyczących wyglądu, nastawienia bądź urojenia ksobne oraz nasilone zaburzenia funkcjonowania [1].

U naszego pacjenta doszło do mylnego rozpoznania schizofrenii i niepowodzeń terapeutycznych wynikających z leczenia neuroleptykami. Obserwacja w tutejszej klinice wykluczyła to rozpoznanie, nie obserwowano bowiem osiowych objawów typowych dla tej choroby. Dowodem właściwego rozumienia zaburzeń pacjenta była istotna poprawa stanu psychicznego i uzyskanie remisji po zastosowaniu fluwoksaminy.

PIŚMIENNICTWO

1. Philips KA. Zaburzenia dysmorficzne ujawniane w placówkach medycznych. *Psychiatria po Dyplomie*. 2007; 4 (2): 9–18.
2. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia dysmorficzne ujawniane w placówkach medycznych – komentarz. *Psychiatria po dyplomie*. 2007; 4 (2): 25.
3. Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1987.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja X. ICD-10. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition. Revision. DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association; 1995.
6. Rabe-Jabłońska J, Wojtczak K. Dysmorfofobia. Kryteria diagnostyczne, etiologia, rozpowszechnienie, obraz kliniczny, przebieg i leczenie. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2006; 6 (1): 42–49.

Wpłynęło: 22.01.2008. Zrecenzowano: 18.02.2008. Przyjęto: 07.04.2008.

Adres: Dr Aldona Augustyniuk, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM w Katowicach, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: nikaaldona_a@poczta.onet.pl